

DES SONDES A DEMEURE

ET DU

CONDUCTEUR EN BALEINE

1876

DES SONDES A DEMEURE

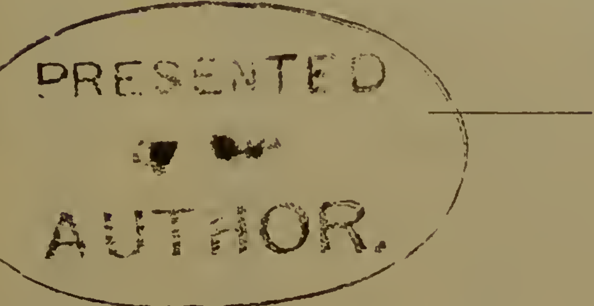
ET DU

CONDUCTEUR EN BALEINE

PAR

LE DOCTEUR A. AMUSSAT







Lorsque le traitement de la rétention d'urine par les moyens médicaux a échoué, il faut procéder de suite à l'évacuation de l'urine et s'opposer à une nouvelle distension de la vessie. Si le cathétérisme n'offre pas de difficultés, et que le malade puisse, lorsque le besoin s'en fera sentir, être sondé par son médecin, par une personne de son entourage, et mieux encore par lui-même, c'est par l'évacuation régulière du réservoir urinaire, au moyen d'une sonde en gomme ou en caoutchouc, jointe à un traitement médical rationnel, que l'on réussit dans un certain nombre de cas. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive que le cathétérisme est assez difficile pour que le médecin appelé se trouve dans l'obligation de réclamer l'assistance d'un chirurgien; celui-ci vide le réservoir urinaire, et, quoique le cathétérisme qui devra être pratiqué ultérieurement offre moins de difficultés, il en présente quelquefois encore assez pour nécessiter la même intervention. D'autres fois, la première tentative de cathétérisme a produit une fausse route, qui rend la même opération très-hasardeuse. Enfin le médecin a pu sonder le malade; mais la distance, ou toute

autre circonstance, ne lui permet pas d'être auprès de lui aussi souvent qu'il est nécessaire d'évacuer l'urine, et personne ne peut le remplacer.

Or, tous les praticiens savent que la vie est ordinairement très-menacée lorsqu'il survient une ou plusieurs rétentions d'urine, même de courte durée. Il est nécessaire que l'urine soit évacuée *au moins* quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, et quelquefois plus souvent; de plus, cette évacuation doit avoir lieu à des intervalles de temps égaux.

Si quelque circonstance s'y oppose, il convient alors de placer à demeure une sonde d'un calibre moyen, de 4 à 6 millimètres de diamètre, très-lisse, très-souple, et de la fixer non-seulement à la verge, mais, de plus, à un suspensoir, afin qu'elle ne puisse pas sortir de la vessie; on la ferme avec un fosset en bois, que le malade ou un assistant retire quand cela est nécessaire.

Quand le cathétérisme peut être pratiqué régulièrement dans le jour, on la place seulement pendant la nuit. Cette méthode de traitement permet au malade de se lever, de se promener, d'être en un mot dans des conditions beaucoup plus favorables pour le rétablissement de sa santé.

Fig. 1.

Lorsqu'il existe une fausse route, ou lorsque le cathétérisme est assez difficile pour que le médecin soit dans l'obligation d'appeler un chirurgien, il convient alors de placer à demeure une sonde

ouverte à ses deux extrémités (fig. 1). On en trouve dans le

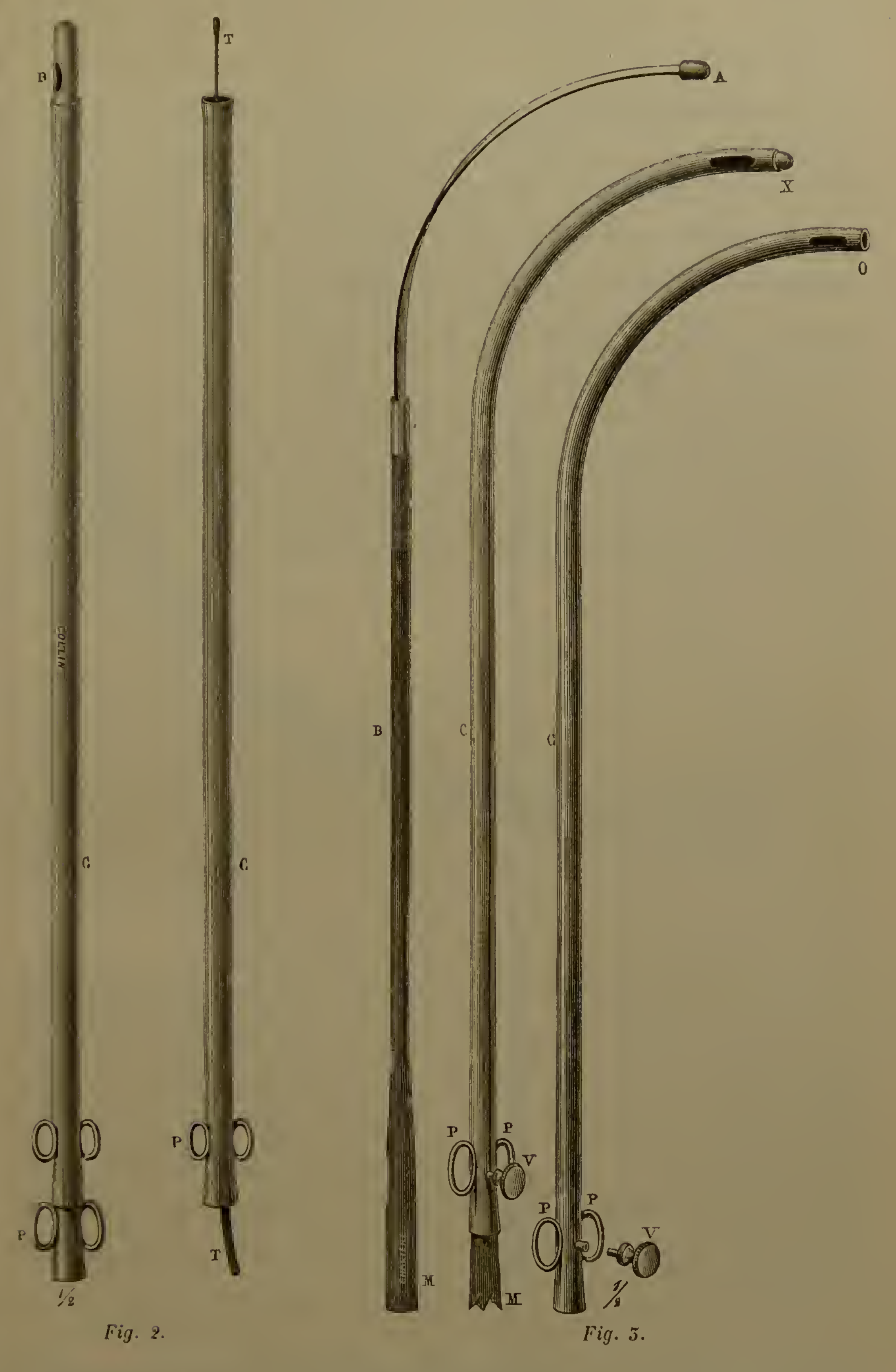


Fig. 2.

Fig. 3.

commerce, et, si l'on n'en possède pas, il suffit de prendre

une sonde en gomme, droite ou courbe, que l'on coupe de manière à conserver les yeux, et dont on lime soigneusement l'extrémité.

Il est important de ne pas vider complétement la vessie, et lorsque l'on voit l'urine ne plus sortir en jet régulier, mais tomber du pavillon de la sonde, de le boucher pour l'ouvrir quelque temps après, lorsque le réservoir urinaire a recouvré sa contractilité. En agissant autrement, on s'expose à voir survenir une syncope, une hémorrhagie, et plus tard de la cystite parenchymateuse.

Afin d'éviter les difficultés surmontées une première fois, Amussat conseillait d'employer sa sonde d'argent à conducteur; celle-ci étant introduite, on l'allongeait par son mandrin, et l'on s'en servait pour faire glisser jusque dans la vessie une sonde en gomme, puis on la retirait. Une double manœuvre servait à changer la sonde[1].

La sonde à conducteur nécessitant l'emploi d'un tube en gomme assez volumineux, j'eus la pensée d'employer une sonde double droite (fig. 2), et plus tard une sonde d'argent courbe à mandrin (fig. 3). Celle-ci étant placée, j'introduisais une sonde en gomme, attachée avec un fil de soie, et je retirais la première. Pour changer la sonde, je me servais d'une fine tige de baleine comme conducteur.

Pour ne pas augmenter l'arsenal chirurgical, j'ai fait percer à l'extrémité de la sonde d'Amussat (fig. 4) et à celle de la sonde à petite courbure une ouverture *O*, par laquelle on peut faire passer le conducteur en baleine (fig. 5). Une de ces sondes métalliques placée, j'introduis le conducteur jusque dans la vessie et je la remplace par une autre en gomme à extrémité coupée, puis la baleine est retirée. Ultérieurement j'ai fait adapter un pas de vis dans l'ouverture, ce qui permet

[1] *Leçons du docteur Amussat sur les rétentions d'urine.* Paris, 1832, p. 110.

d'y visser une bougie conductrice plus ou moins volumineuse (fig. 6 et 7), afin de simplifier le cathétérisme.

J'ai fait adapter également au conducteur de baleine un pas de vis, sur lequel on peut visser la bougie conductrice (fig. 8), qui, une fois introduite, sert à le guider jusque dans la vessie. On parvient, du reste, le plus souvent à introduire directement jusque dans le réservoir urinaire la baleine, dont on a plié l'extrémité, afin de faciliter son passage au col.

Quand on ne possède pas les instruments que je viens de décrire, on peut y suppléer comme le faisait Amussat au commencement de sa carrière, en employant une fine bougie de gomme à l'extrémité de laquelle il attachait un fil de chanvre; puis il se servait de cet appareil fort simple pour faire parvenir jusque dans la vessie une sonde ouverte à ses deux extrémités. J'ai trouvé plus avantageux d'employer une sonde en gomme du plus petit calibre et d'une des formes usitées, à l'extrémité de laquelle je fixe un fil de fer galvanisé et mieux encore un conducteur en baleine que j'y introduis, d'une certaine longueur, et à laquelle je l'attache solidement avec un fil mince, mais très-résistant. Je manœuvre ce petit

Fig. 4.

appareil de manière que la baleine pénètre dans la vessie, et je glisse par-dessus une sonde en gomme.

Quel que soit le conducteur choisi, quand il est parvenu jusque dans le réservoir urinaire, on fait glisser sur lui une sonde en gomme dont l'extrémité a été coupée, et on le retire. Pour la changer, on introduit dedans le conducteur et on lui substitue une nouvelle sonde semblable. La difficulté vaincue par le premier cathétérisme ne doit plus se représenter.

Fig. 5. *Fig. 6.* *Fig. 7.* *Fig. 8.*

Le choix de la sonde mérite la plus grande attention ; que

d'accidents on attribue à la méthode, qui dépendent le plus souvent de la mauvaise qualité de l'instrument! La sonde que l'on place à demeure doit être de très-bonne qualité, à parois minces, très-souple et bien polie. On sait que lorsqu'une sonde a séjourné plusieurs jours dans le canal, elle durcit, s'écaille et peut s'incruster de sels calcaires. Il est donc absolument indispensable de la surveiller attentivement et de la changer avant qu'elle soit détériorée : autrement on s'expose à ulcérer le col et le canal, à déterminer de l'inflammation vésicale, à provoquer des accès de fièvre, etc. ; il est de plus avantageux de prendre une sonde d'un petit diamètre, mais pouvant laisser passer l'urine facilement.

Ma règle de conduite, en présence d'un malade atteint subitement d'une rétention d'urine, et lorsque le traitement médical a échoué, est de pratiquer ou de faire pratiquer le cathétérisme avec une *très-grande régularité*, toutes les quatre, cinq ou six heures, et plus souvent si cela est absolument nécessaire. Quand je ne peux pas procéder de cette manière, je place une sonde à demeure la nuit, et je pratique le cathétérisme régulièrement pendant le jour. Enfin, s'il est impossible d'agir ainsi, je place une sonde à demeure dans les conditions indiquées plus haut, et, si le contact en est pénible pour la vessie, on injecte un peu d'eau mucilagineuse après avoir évacué l'urine.

Il convient de ne pas faire passer brusquement la vessie de l'état de surdistension à l'état de vacuité complète, et de n'y arriver que graduellement, après avoir fait écouler l'urine un certain nombre de fois.

Lorsqu'il s'échappe quelques gouttes d'urine à côté de la sonde, on engage le malade à ne retirer le fosset qu'après avoir expulsé naturellement autant d'urine qu'il le peut, et, quand il est parvenu à vider ainsi la plus grande partie du réservoir urinaire, on retire la sonde. On pratique alors le

cathétérisme une ou deux fois dans les vingt-quatre heures; puis on cherche, par un traitement convenable, à rendre la mixtion normale, si cela est possible.

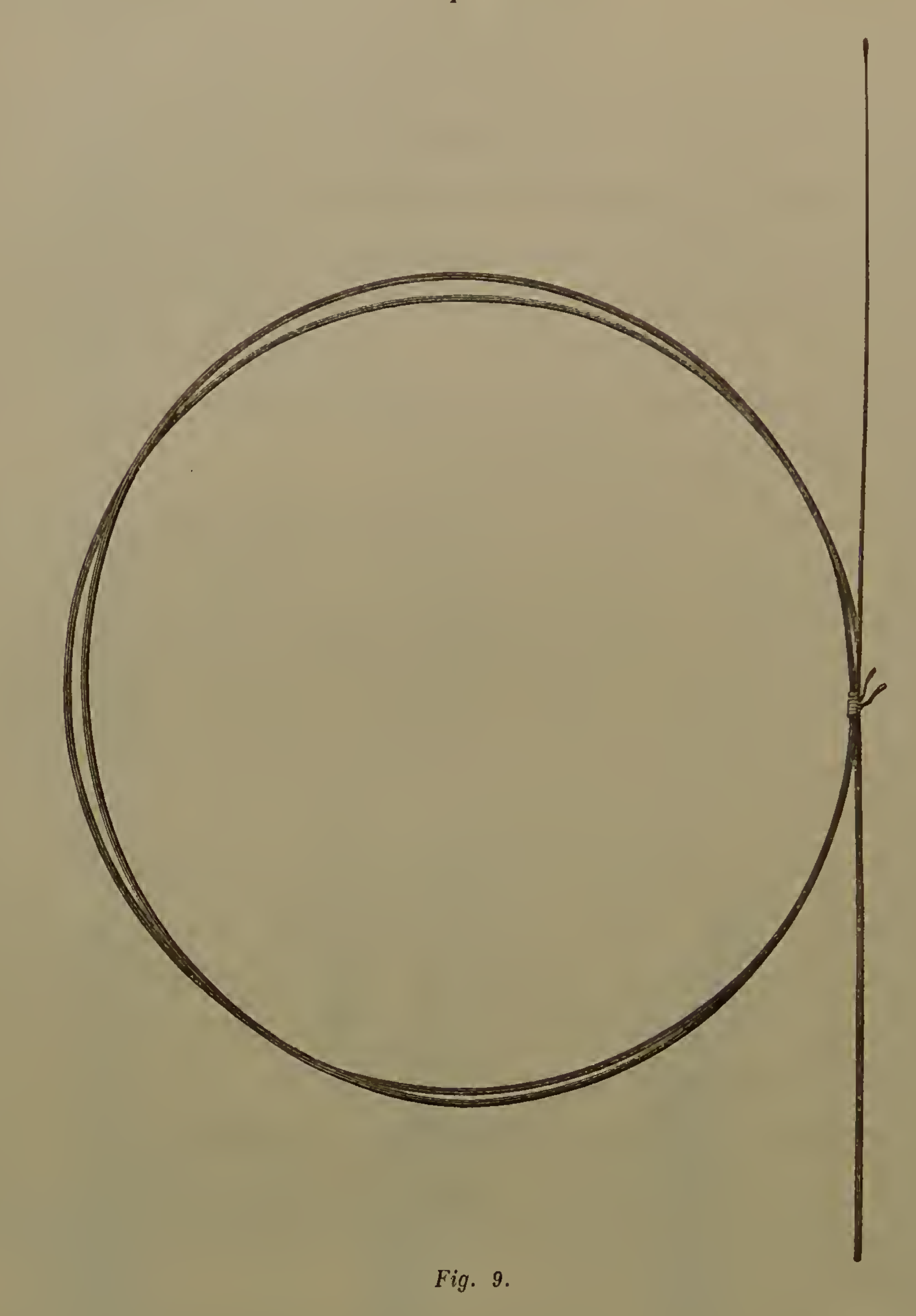


Fig. 9.

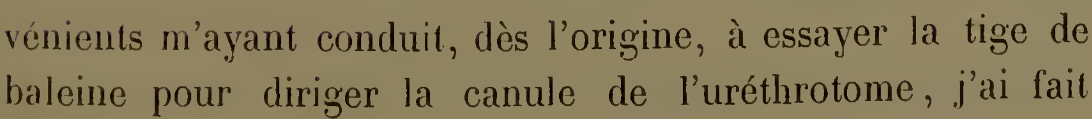
Le conducteur en baleine m'ayant paru devoir être préféré pour faire parvenir un instrument dans la vessie en évitant les difficultés offertes par un premier cathétérisme, je me suis attaché depuis longtemps à le rendre aussi parfait que possible;

et, après une série d'essais, j'ai adopté celui qui est représenté (fig. 9). Il se compose d'une tige en baleine dont l'une des extrémités est amincie et se termine par une petite olive mousse. Sa longueur varie de 70 à 80 centimètres, et son épaisseur de 8 à 12 dixièmes de millimètre. La ténuité de son extrémité lui permettant de se contourner facilement dans la vessie, c'est celui que j'emploie presque constamment, quoique j'en possède d'autres dont l'extrémité, étant rubanée et très-souple, offre le même avantage.

La fine bougie conductrice que l'on visse à l'extrémité de la canule de l'uréthrotome de M. Maisonneuve facilite assez ordinairement l'introduction de l'instrument jusque dans la vessie ; cependant il arrive qu'elle se pelotonne soit au-devant de l'obstacle, soit plus souvent dans la région prostatique, et, ce qui est encore plus fâcheux, qu'elle se coude à son point d'union avec le petit ajutage. Quel que soit le fait qui se produise, non-seulement elle ne guide plus l'instrument, mais de plus elle gêne la manœuvre. L'examen de ces incon-



Fig. 10.



vénients m'ayant conduit, dès l'origine, à essayer la tige de baleine pour diriger la canule de l'uréthrotome, j'ai fait

disposer une ouverture à son extrémité pour le passage du conducteur, et, plus tard, j'ai fait établir un pas de vis dans



Fig. 11.

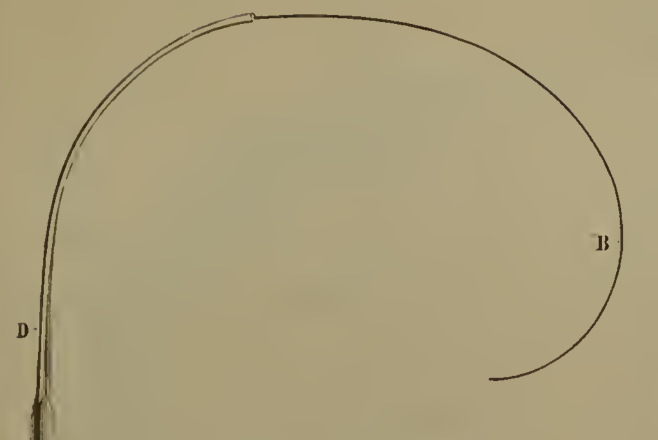
cet orifice, de manière à pouvoir manœuvrer à volonté l'instrument avec la bougie ou la tige de baleine (fig. 10 et 11).

La courbure adoptée pour la canule de l'uréthrotome étant celle de la grande sonde d'Amussat, j'ai dû la modifier en augmentant son rayon, pour faciliter son glissement sur la baleine; il faut donc avoir le soin d'abaisser davantage le pavillon entre les jambes du malade, pour qu'elle suive facilement le conducteur.

Lorsque l'exploration m'a appris que le rétrécissement est trop étroit pour laisser passer librement la canule, ce qui est nécessaire pour que l'opération ait lieu facilement, j'introduis dans le canal une bougie filiforme de 6 à 8 dixièmes de millimètre, et je la fixe; le lendemain, j'en place une seconde *à côté* de la première, puis une troisième, suivant le procédé d'Amussat[1]. Dès que le faisceau peut être mû avec facilité

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 118.

dans le canal, je le retire et je lui substitue *immédiatement* un conducteur en gomme ou en baleine. Quand j'ai employé ce dernier, je fais glisser la canule sur lui, jusque dans le réservoir urinaire, et je le retire.



La section du rétrécissement effectuée et la lame retirée, j'introduis le conducteur en baleine par son autre extrémité dans la canule, afin que la portion rétrécie ne s'engage pas dans la rainure, et je substitue à celle-ci une sonde en gomme ouverte à ses deux extrémités.

J'ai fait subir la même modification à la canule du divulseur de M. Voillemier, de manière à pouvoir la guider avec la fine bougie en gomme ou avec la baleine. Quand je me sers de ce dernier conducteur, je recommande au malade de retenir son urine avant l'opération ; j'introduis le conducteur, et, dès qu'il est parvenu dans le réservoir urinaire, je fais glisser sur lui la canule du divulseur, de manière à la faire pénétrer dans l'urèthre jusqu'à l'écartement des lames conductrices ; alors je conduis l'instrument, poussant devant lui la baleine jusque dans la vessie, puis j'engage le dilatateur et je divulse le rétrécissement (fig. 12). L'opération terminée, je retire l'instrument jusqu'à l'écartement des lames, j'enlève le dilatateur, puis la canule, en maintenant fixe la baleine, sur laquelle je fais glisser une sonde en gomme ouverte à ses deux extrémités.

Fig. 12.

L'expérience ayant appris qu'après l'uréthrotomie ou la

divulsion, il était nécessaire de passer dans l'urèthre une série de bougies métalliques, j'en ai fait fabriquer en acier nikelé (fig. 13), graduées par tiers de millimètre, avec la courbure de la grande sonde d'Amussat. Je les introduis jusque dans la vessie et je les retire immédiatement, en ayant le soin d'espacer suffisamment ces cathétérismes pour ne pas enflammer la partie rétrécie du canal. Leur introduction m'a paru avoir le double avantage d'être au moins aussi facile que celle des bougies Beniquié, et, en plus, de familiariser le chirurgien avec la forme de sonde la plus convenable pour évacuer l'urine, lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate.

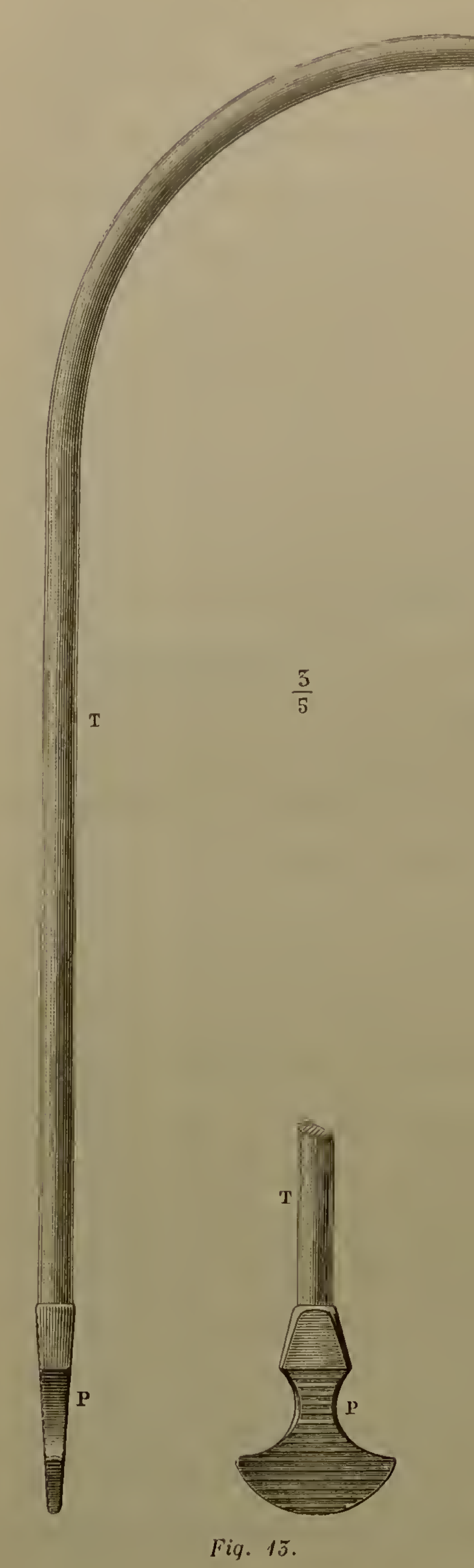


Fig. 13.

J'ai fait percer un orifice à l'extrémité du cathéter cannelé afin de pouvoir y faire passer la baleine conductrice, mais je n'y ai pas encore eu recours. Dans une opération de taille sus-pubienne, que j'ai pratiquée dernièrement sur un enfant de 6 ans et demi, ayant été obligé de retirer l'indicateur gauche du réservoir urinaire pour extraire le

calcul, je ne pouvais plus diriger la canule qui devait être placée dans la vessie, sans faire de recherches, toujours dan-

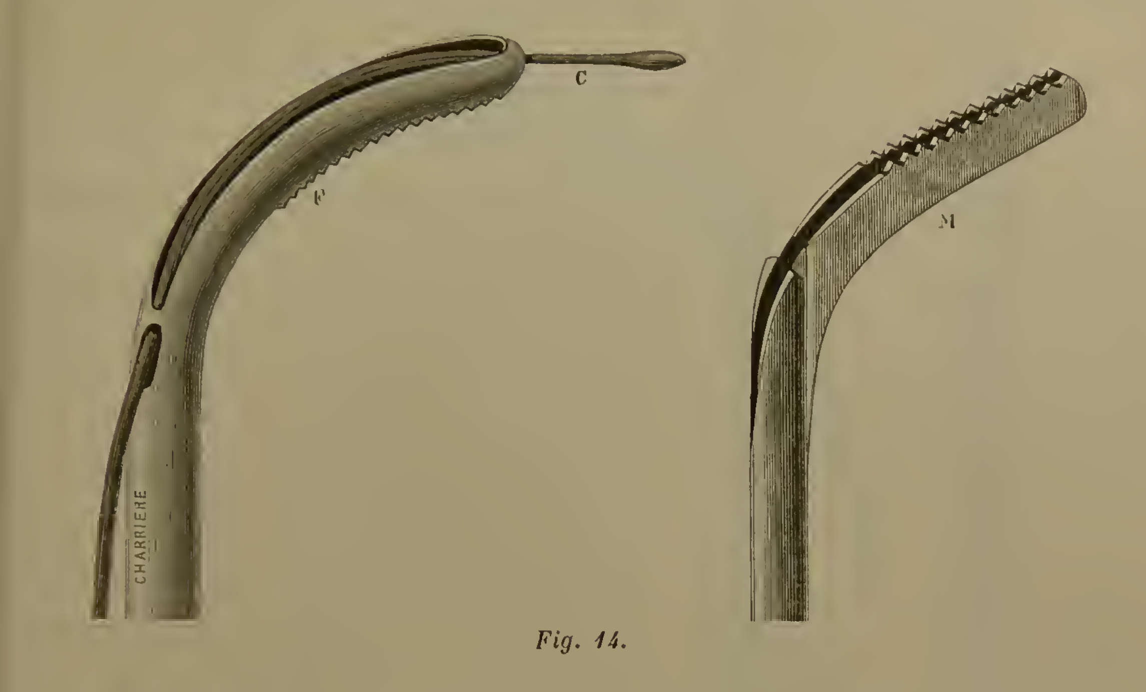


Fig. 14.

gereuses pour le malade. Alors j'ai fait passer par l'urèthre une petite sonde d'argent jusqu'à ce que le bec fût sorti par la plaie de l'hypogastre, et je l'ai introduite dans une sonde courbe en gomme à extrémité coupée ; puis, retirant la sonde d'argent en poussant la sonde en gomme, j'ai placé cette dernière dans la vessie, et je l'y ai maintenue pour l'écoulement des urines.

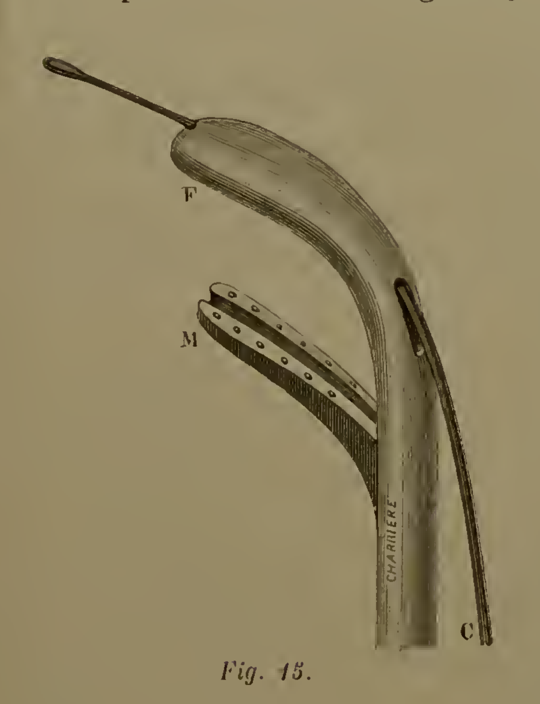


Fig. 15.

Les résultats avantageux que j'avais obtenus du conducteur en baleine dans les opérations que j'ai relatées m'ont conduit à faire disposer des lithoclastes, de manière à pouvoir les diriger ainsi (fig. 14 et 15), et je me suis assuré que cette manœuvre était très-facile. Lorsqu'il se présente un malade craintif et

très-nerveux, ayant le cul-de-sac du bulbe profond et une hypertrophie prostatique rendant l'introduction de l'instrument très-délicate, on peut atténuer ces difficultés en introduisant d'abord dans la vessie une sonde en gomme par laquelle on fait une injection d'eau tiède ; puis on passe le conducteur par l'œil ou par l'extrémité de la sonde, que l'on a eu le soin de couper, et on la retire. Engageant alors la baleine dans les orifices pratiqués sur la branche femelle, on conduit l'instrument jusqu'à ce que le bec ait franchi le méat ; puis, fixant la verge entre l'annulaire et le médius d'une part, et la baleine entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, on fait glisser le lithoclaste sur la baleine jusque dans la vessie, en suivant les règles ordinaires de ce cathétérisme, puis on la retire.

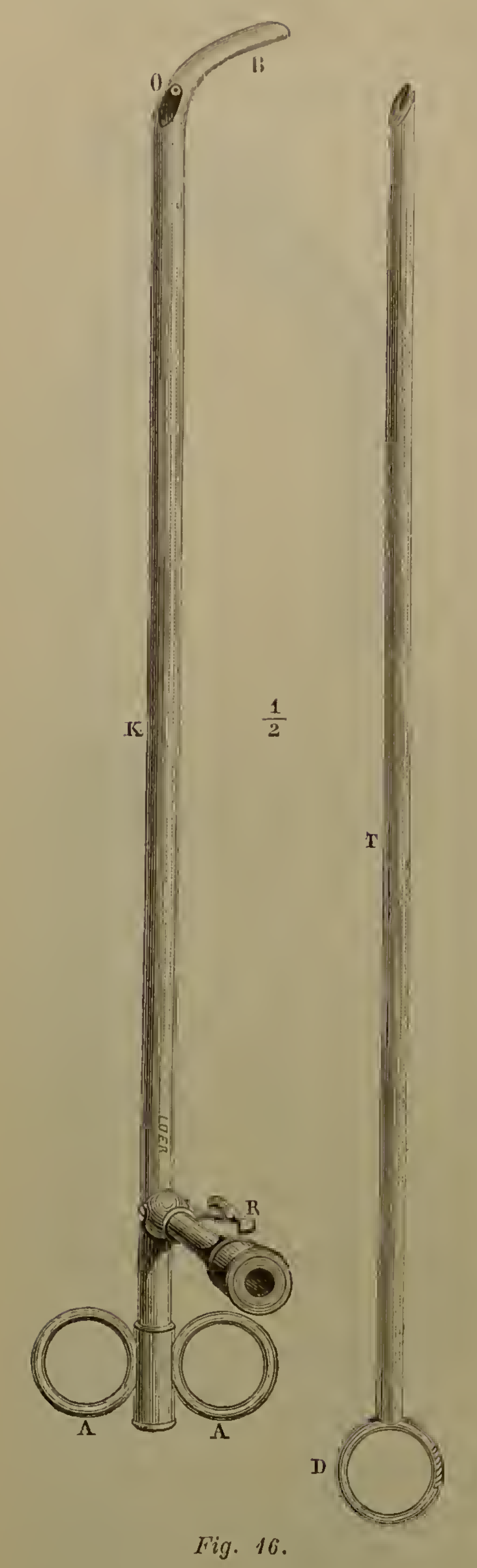


Fig. 16.

J'ai fait également disposer la sonde évacuatrice d'Heurteloup de manière à pouvoir la conduire sur la tige en baleine (fig. 16 et 17).

Le conducteur en baleine ayant été huilé avant de s'en servir, si le chirurgien suit bien les règles prescrites pour l'introduction de l'instrument, il n'éprouve pas la moindre résistance, puisque celui-ci est dirigé de façon à éviter les obstacles ; s'il en

rencontre, il doit s'arrêter immédiatement, le retirer un peu et modifier sa manœuvre, certain qu'il n'est pas dans

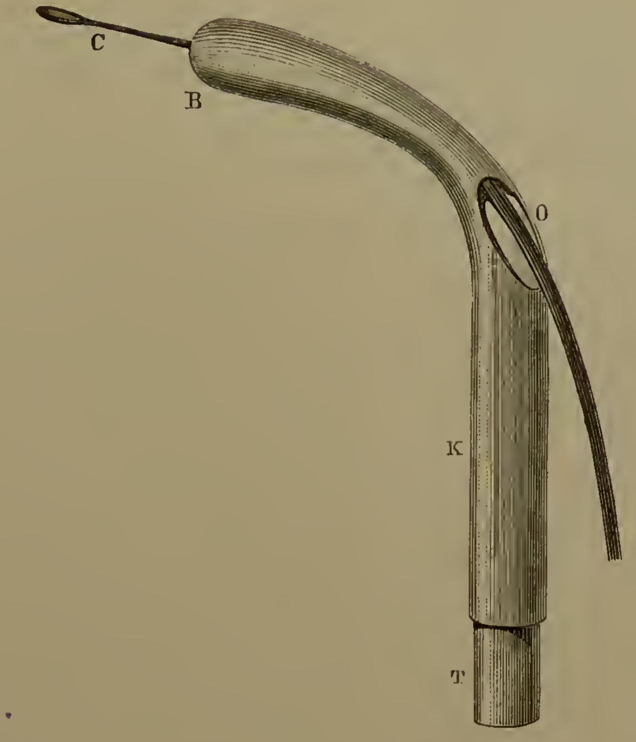


Fig. 17.

la bonne voie, et que son conducteur, étant coudé, lui fait obstacle [1].

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1875, et *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1876, t. I, p. 172.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 576